

HOSPITAL DE LA
SANTA CREU I
SANT PAU

UNIVERSITAT AUTÒNOMA DE BARCELONA

TRABAJO DE FIN DE GRADO

INDICADORES DE SOSPECHA EN LA VIOLENCIA DE GÉNERO

Alejandro Coello González

Tutor: Dr. Santiago Crespo

Barcelona, Junio 2019

RESUMEN Y PALABRAS CLAVE

Antecedentes: La violencia de género (VG) es un tipo de maltrato dirigido a la mujer por el mero hecho de serlo. Se ha observado que hay un mayor uso de los recursos sanitarios por parte de las mujeres maltratadas, y es por ello que los profesionales de la salud deben jugar un papel clave en la detección precoz del problema. No obstante, aún son varias las limitaciones y reticencias a la hora de preguntar sobre el maltrato a las mujeres.

Hipótesis: Los indicadores de sospecha de maltrato de tipo no lesiones físicas, pueden ser predictores de violencia de género permitiendo una detección precoz de la misma.

Objetivo: Evaluar el rendimiento predictivo de los indicadores de sospecha no físicos en la violencia de género. Se realizará un estudio observacional y multicéntrico a partir de una muestra de 246 mujeres mayores de 16 años en centros de atención primaria (AP) y urgencias (URG). Se analizarán cuáles son los ítems con mayor capacidad discriminativa. Se evaluarán las diferencias entre edad y género de los profesionales sanitarios para objetivar si existen diferencias en cuanto a la detección de VG así como conocer las características sociodemográficas de la muestra.

Palabras clave: *Violencia de género, mujer maltratada, indicadores de sospecha, Index of Spouse Abuse, predictibilidad, cribado, detección precoz, atención primaria, urgencias.*

RESUM I PARAULES CLAU

Antecedents: La violència de gènere és un tipus de violència dirigida a la dona pel simple fet de ser-ho. S'ha observat que hi ha un major ús dels recursos sanitaris per part de les dones maltractades, i és per això que els professionals sanitaris tenen un paper clau en la detecció precoç de la violència de gènere. No obstant, encara són diverses les limitacions i reticències a l'hora de realitzar demanar sobre el maltractament a les dones.

Hipòtesi: Els indicadors de sospita de maltractament de tipus no lesions físiques, poden ser predictors de violència de gènere permetent una detecció precoç de la mateixa.

Objectiu: Avaluar el rendiment predictiu dels indicadors de sospita no físics en la violència de gènere. Es realitzarà un estudi observacional i multicèntric a partir d'una mostra de 246 dones de més de 16 anys en centres d'AP i URG. S'analitzaran quins són els ítems amb major capacitat discriminativa. També seran avaluades les diferències entre edat i gènere dels professionals sanitaris per objectivar si existeixen diferències en la detecció de VG, així com també conèixer les característiques sociodemogràfiques de la mostra.

Paraules clau: *Violència de gènere, dona maltractada, indicadors de sospita, Index of Spouse Abuse, predictibilitat, cribatge, detecció precoç, atenció primària, urgències.*

ABSTRACT AND KEYWORDS

Background: Gender-based violence is a type of violence directed at women by the fact of being so. It has been observed that battered women use the health resources more often, and that is why health professionals must play a key role in the early detection of violence. There are findings about physical injuries, behaviors during the interview or ways of using health resources, among many others. However, there are still several limitations to ask about the abuse to the women.

Hypothesis: The non-physical suspicion indicators in battered women, can be predictors of gender violence, allowing an early detection of it.

Objective: The aim of this study is to analyse the predictive efficiency of non-physical indicators in intimate partner violence based. A multi-centre observational study will be made from a sample of 246 women over 16 years old in primary care and emergencies department. Will be analysed which are the items with greater discriminative capacity. Differences between age and gender of health professionals will be evaluated in order to objectify whether there are differences in the detection of IPV as well as to know the socio-demographic characteristics of the sample.

Keywords: *Gender-based violence, intimate partner violence, battered women, warning indicators, predictability, screening, Early detection, primary care, emergencies, index of spouse abuse.*

LISTADO DE ABREVIATURAS Y SIGLAS

- **VG:** Violencia de género.
- **HSCSP:** Hospital de la Santa Creu i Sant Pau.
- **CAP:** Centro de atención primaria.
- **AP:** Atención Primaria.
- **URG:** Urgencias
- **IPV:** Intimate Partner Violence
- **ISA:** Index of Spouse Abuse.
- **VPP:** Valor Predictivo Positivo.
- **VPN:** Valor Predictivo Negativo.
- **IC:** Intervalo de Confianza
- **CEIC:** Comité de ética en investigación clínica

ÍNDICE

RESUMEN Y PALABRAS CLAVE	ii
RESUM I PARAULES CLAU	iii
ABSTRACT AND KEYWORDS	iv
LISTADO DE ABREVIATURAS Y SIGLAS	v
INTRODUCCIÓN	1
HIPÓTESIS	5
OBJETIVOS	5
MATERIAL Y MÉTODOS	6
PLAN DE TRABAJO – CRONOGRAMA	11
RESULTADOS ESPERADOS	11
APLICABILIDAD Y LIMITACIONES	12
PLAN DE DIFUSIÓN	14
BIBLIOGRAFÍA	15
ANEXO	19

INTRODUCCIÓN

La violencia de género es un problema que ha trascendido el ámbito técnico y profesional legal para situarse en el centro de las preocupaciones ciudadanas y de la agenda política. Esto se debe a que posee características propias como es su estrecha relación con los factores culturales, lo que ha permitido su presencia histórica a través de la justificación y normalización dentro de la relación de pareja lo que dificulta, además, su prevención. Por todo ello la medicina forense y legal deben ocupar un papel protagonista en el estudio de la VG y estar presentes en el debate social que la atañe. ⁽¹⁾

La violencia de género se define en la Ley Orgánica 1/2004, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género como: “Violencia que se dirige sobre las mujeres por el hecho mismo de serlo, por ser consideradas, por sus agresores, carentes de los derechos mínimos de libertad, respeto y capacidad de decisión”. Y en relación a los actos de violencia, el artículo 1.3 de la Ley dice: “La violencia de género comprende todo acto de violencia física y psicológica, incluidas las agresiones a la libertad sexual, las amenazas, las coacciones o la privación arbitraria de libertad”. ⁽²⁾

La VG es un fenómeno social de diversas dimensiones que constituye una desigualdad entre la persona maltratada y la persona que maltrata. Es un fenómeno global que se da en todos los países y afecta a todas las mujeres de todos los niveles sociales, culturales y económicos.⁽³⁾ Las personas maltratadas son víctimas de abusos y a menudo no lo reconocen por miedo a las consecuencias.⁽³⁾ Debido a que es una violencia nacida en el seno de una relación (y favorecido por una falta de referencias críticas) provoca que la víctima justifique y minimice esta situación, prolongándola en el tiempo.^(3,4)

Se ha estudiado que hay una asociación entre el maltrato a la mujer y un mayor uso de los servicios sanitarios por parte de ellas.⁽⁵⁾ Por ejemplo, en España, en la última macroencuesta realizada a mujeres mayores de 16 años se observó que un 78.2% de las mujeres que han sufrido violencia por parte de alguna de sus parejas piensa que esta le ha afectado bastante o mucho a su bienestar físico o mental.⁽⁶⁾

Por tanto, los profesionales sanitarios han de velar por la seguridad de los pacientes y tienen que estar alerta ante la sospecha de maltrato ya que son una pieza clave para la detección y atención de las mujeres víctimas de la VG,^(7,8) y deben ser capaces de poner en funcionamiento los mecanismos disponibles.⁽⁹⁾ Por otro lado, el médico forense ocupa un papel protagonista en el ámbito judicial, ya que es el responsable de la valoración médico-pericial de las lesiones físicas y psíquicas de víctimas y agresores.⁽¹⁰⁾

En la actualidad se definen diferentes formas de violencia contra las mujeres:⁽¹¹⁾

- Violencia física: Cualquier acto no accidental que implica el uso deliberado de la fuerza que provoquen o puedan provocar una lesión, daño o dolor en la mujer.
- Violencia sexual: Ocurre siempre que se impone a la mujer, mediante el chantaje, las amenazas o la fuerza, un comportamiento sexual contra su voluntad.
- Violencia psicológica: Conducta intencionada y prolongada en el tiempo, que atenta contra la integridad psíquica y emocional de la mujer y contra su dignidad como persona y que tiene como objetivo imponer unas pautas de comportamiento.

En España, durante los últimos años, la VG ha sido el tipo de violencia que más atención social e institucional ha recibido, llevándose a cabo medidas legislativas como la Ley 27/2003, de 31 de Julio, reguladora de la Orden de Protección de las Víctimas de Violencia Doméstica, y la Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género. En 2004 se aprobó, también, la creación de la Comisión contra la Violencia de Género que se encarga, desde entonces, de elaborar actividades para conocer mejor la dimensión del problema y de sus soluciones. Como resultado de su trabajo se puso en evidencia la escasa implicación sanitaria ante la violencia de género debida, en parte, a la pobre formación específica, a la poca prioridad dada al asunto hasta ese momento, al desconocimiento de otros recursos, y a la dificultad de coordinación con otros servicios.^(4,12)

Como solución al problema en marzo del 2007 se creó el primer protocolo, el “Protocolo común de actuación sanitaria ante la violencia de género”, que incluía entre sus objetivos el establecer unas pautas homogéneas para conseguir una actuación integral.^(12,13)

A partir de la implementación del protocolo en 2007, se promovieron estudios y propuestas metodológicas para un mejor conocimiento del impacto del problema. Debido a la experiencia acumulada por los servicios de salud y a la evolución de la evidencia científica, se hizo necesaria la actualización del protocolo.⁽¹¹⁾ Siendo el más reciente el “Protocolo común para la actuación sanitaria ante la violencia de Género” del 2012, así como versiones adaptadas a cada comunidad autónoma. En dicho protocolo se habla de la importancia de la detección del maltrato en el ambiente sanitario, debido a su alta prevalencia y las graves consecuencias para la salud, con un alto coste sanitario y social.

Ante la baja detección y el retraso en el diagnóstico que venía constatando la evidencia científica, se promovió la creación de algoritmos, indicadores de sospecha y programas de formación –entre otros- para capacitar a los profesionales. También este protocolo promueve una actitud alerta entre el personal sanitario y una búsqueda activa de conductas, síntomas o signos de sospecha.

No obstante, hoy en día aún existen múltiples dificultades para reconocer la VG, tanto por las mujeres que la sufren como por parte de los profesionales del sistema sanitario, en relación con factores sociales, estereotipos culturales, factores psicológicos e incluso la falta de formación profesional.^(14,15)

Algunas de las dificultades por parte del personal sanitario son:^(3,11)

- Inmersión en el mismo proceso de socialización sexista que el resto de la sociedad.
- Haber internalizado mitos y estereotipos sobre la violencia de género.
- No considerar la violencia como un problema de salud.
- Vivir y/o haber vivido experiencias personales respecto a la violencia.
- Creencia de que la violencia no es tan frecuente.
- Intento de racionalización de la conducta del agresor.

- Miedo a ofender a la mujer o a empeorar la situación. De todas formas, se cree que con la generalización de estas preguntas a todas las mujeres se podría evitar que se ofendiesen (en lugar de preguntar únicamente a aquellas más “sospechosas” de sufrir maltrato).^(3,13,16)
- Desconocimiento de las estrategias para el manejo de estas situaciones.
- Formación fundamentalmente biologicista (no abordaje de problemas psicosociales).
- Escasa formación en habilidades de comunicación en la entrevista clínica.

Otras dificultades provenientes del contexto de la consulta podrían ser la falta de privacidad e intimidad (interrupciones durante la entrevista, la sobrecarga asistencial, o el acceso de la mujer a los servicios acompañada de su pareja).⁽¹⁷⁾

Según la literatura internacional lo recomendado es el cribado universal sobre la violencia de género a todas las mujeres que acuden a consulta, ya sea primera visita o consulta rutinaria habitual.^(11,13,16–18) No obstante, existe controversia respecto a la implementación de este cribado poblacional. Se cree que existe una resistencia por parte de los profesionales debido a la inseguridad que sienten en el manejo de la VG.^(19,20) En cambio hay estudios que reflejan que el 78% de las víctimas de VG estarían a favor de ser preguntadas sobre el tema.^(11,20–22)

Como el objetivo debería ser una detección precoz de la VG, en este trabajo no analizaremos los indicadores físicos resultantes de agresiones físicas como podrían ser hematomas, fracturas, rotura de tímpano, etc.⁽¹⁷⁾ que ya solo con su mera objetivación suelen encender la alarma y por lo general se detecta antes el maltrato. Es por ello que nos centraremos en el análisis de indicadores no físicos que designaremos “indicadores menores”, no porque reflejen una realidad menos grave, sino porque pueden ser menos aparentes y pasar más desapercibidos. Es decir, todas aquellas consecuencias psicológicas derivadas del maltrato (cognitivas, afectivo-emocionales, actitudes, motivacionales, psicofisiológicas y comportamentales) y su reflejo en la consulta.⁽³⁾

En la actualidad diversos autores creen que el maltrato psicológico tiene la misma repercusión en la salud de la mujer, e incluso más, que el resto de violencia.⁽⁵⁾ Si nos basamos en casos confirmados por sentencia judicial,⁽²³⁾ parece que existe un mayor porcentaje de abuso físico, pero esto puede ser debido a que este tipo de violencia termina en una sentencia condenatoria más frecuentemente. Mientras que el psicológico es más difícil de demostrar.⁽²³⁾ En cambio, en el 2015 se recoge que un 21.9% de las mujeres residentes en España de 16 y más años ha sufrido violencia psicológica por parte de alguna pareja en algún momento de su vida, frente a un 10,4% de violencia física.⁽⁶⁾

HIPÓTESIS

Existen indicadores de sospecha de violencia de género que son detectables durante la entrevista clínica y presentan buena correlación con el sufrimiento de violencia por parte de la paciente. La información que nos aportan estos indicadores puede servir para iniciar el cribado de violencia de género en aquellos casos en los que el profesional no tenga la certeza suficiente, permitiendo así una detección precoz.

OBJETIVOS

Objetivo principal

Evaluar el rendimiento predictivo de los indicadores de sospecha de tipo no físico recogidos por la literatura (y denominados indicadores menores) en la detección de la violencia de género y determinar su concordancia en comparación con la detección del maltrato a partir de la ISA.

Objetivos secundarios

- Validar la escala de indicadores denominados menores, para detectar casos de violencia de género en consultas de atención primaria, salud mental y urgencias.
- Estudiar la sensibilidad, especificidad, valor predictivo positivo y valor predictivo negativo de cada uno de los ítems de la escala. Y determinar aquellos con mayor capacidad discriminativa.

- Analizar las variables edad y género del profesional sanitario e identificar si hay relación o no con la detección de indicadores de la violencia de género.
- Conocer las características de la violencia de género en nuestra población.

MATERIAL Y MÉTODOS

DISEÑO DEL ESTUDIO

Se propone un estudio observacional, transversal, multicéntrico en los centros de atención primaria del área de Barcelona y el servicio de urgencias del Hospital de Sant Pau (HSCSP) con el que se pretende demostrar la capacidad predictiva de los indicadores menores de sospecha de VG. Identificación de las pacientes: Las pacientes serán evaluadas en consultas habituales con el doctor/a de atención primaria (AP) y en urgencias de AP y en urgencias de HSCSP y se incluirán aquellas que cumplan los criterios de inclusión.

MUESTRA

Muestreo no probabilístico consecutivo según los criterios de inclusión. Según la plataforma GRANMO si estimamos una prevalencia de VG en nuestra población del 20% (24) con una precisión de la estima del 5%, el tamaño de la muestra que nos proporcionaría una confianza del 95% es de 246 mujeres. La proporción estimada de reposiciones necesarias se prevé de 0% ya que no se realizará ningún seguimiento de las participantes.

PARTICIPANTES. CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN

Criterios de inclusión:

- Género femenino.
- Edad igual o superior a 16 años.
- Capacidad para rellenar el ISA sin la presencia de su acompañante y del profesional sanitario que participa en el estudio.
- Firma del consentimiento informado por la propia paciente.

Criterios de exclusión:

- Edad menor a 16 años.
- Estados de la paciente que no permite la realización del cuestionario (se encuentra agitada, shock, brote agudo de enfermedad psiquiátrica, etc.).
- Incapacidad para rellenar el ISA sin la presencia de su acompañante o del profesional sanitario que participa en el estudio.⁽²⁵⁾

MATERIAL

1. **Diagnóstico Violencia de Género:** Se utilizará el Index of Spouse Abuse (ISA) adaptado al español, este es un cuestionario de 30 ítems que mide la gravedad del abuso físico/psicológico en una relación. Puede ser completado en aproximadamente 5 minutos. Cada ítem es puntuado en una escala que va desde el 1 (Nunca) al 5 (Frecuentemente). Pueden obtenerse tres puntuaciones diferentes, el ISA-P (abuso físico), ISA-NP (abuso no-físico) y el ISA global. Los tres se puntúan del 0 al 100, puntuaciones bajas indican ausencia relativa de violencia en la pareja y puntuaciones altas representan las formas más graves de violencia. El corte clínico de las puntuaciones son 10 para la ISA-P y 25 para ISA-NP.^(26,27) Para el ISA global se propone un corte de 12 puntos.⁽²⁶⁾ En el Anexo 1 se muestra una copia de la versión en español del documento.
2. **Cuestionario sociodemográfico:** Dirigido a la paciente. Disponible en Anexo 2.
3. **Evaluación de los indicadores de sospecha menores por parte del profesional:**
Un cuestionario de autoadministración dirigido al profesional sanitario ha sido específicamente desarrollado para este estudio. Consiste de 120 ítems que reflejan los indicadores de sospecha recogidos en la literatura^(3,10,13,16,23,28,29) que no corresponden a características de las lesiones físicas y que denominamos indicadores menores de sospecha. El profesional debe marcar si ha identificado el indicador durante la consulta o no. Para facilitar el trabajo los indicadores menores

se encuentran categorizados en cuatro categorías. Al final del mismo debe marcar si globalmente la entrevista le ha generado sospecha. Disponible en el Anexo 3.

PROCEDIMIENTO

El estudio se realizará en la ciudad de Barcelona, en 3 centros de AP de diferentes áreas de la ciudad para comparar diferencias sociodemográficas según las prevalencias observadas en cada distrito, eligiéndose los CAPs de Ciutat Vella, Sants-Montjuïc y Sant Martí por ser los distritos con mayor prevalencia de VG en 2016(24) (Anexo 4) y el servicio de urgencias hospitalarias del Hospital de la Santa Creu i Sant Pau (HSCSP) que da asistencia a los distritos del Eixample, Horta-Guinardó, Gràcia o Sant Martí entre otros.

La diversidad de centros se explica porque en algunos estudios se recoge que el 48.6% de las mujeres que visitan atención primaria y el 20% de las atendidas en urgencias hospitalarias sufren maltrato,⁽¹⁶⁾ aunque los números difieren según las series estudiadas ya que hay que tener en cuenta diferentes características sociodemográficas de cada zona. Por ejemplo, para algunos autores el riesgo de morir por VG de una mujer extranjera en España es de 5,3 veces mayor que el de una española, considerando que las mujeres inmigrantes son un colectivo especialmente vulnerable.⁽¹⁰⁾ Por ello se cree que en zonas con mayor tasa de inmigración el profesional sanitario debería estar más alerta.⁽³⁰⁾

El reclutamiento de pacientes se llevará a cabo hasta que cada centro logre el cupo de sujetos incluidos en la muestra que se le exigía. 210 mujeres entre los 3 CAPs, en cada centro se reclutan 70 pacientes (35 en urgencias y 35 durante consultas rutinarias), el resto de la muestra, 36 pacientes, se obtendrán del servicio de urgencias del HSCSP. En cada centro de AP debe participar como mínimo 6 profesionales sanitarios y mínimo 4 en urgencias del HSCSP. La selección de estos profesionales se llevará a cabo a partir de una asignación aleatorizada a partir de la plantilla médica del centro. Esto permitirá una homogeneización del género de los profesionales y reducir un posible sesgo derivado de la voluntariedad de profesionales más implicados y formados en el tema, lo que conlleve una mayor capacidad de detección de la VG y una sobreestimación de los resultados.

Al finalizar la consulta se invitará a la mujer que cumpla los criterios del estudio a participar en un proyecto sobre “la salud de las mujeres”⁽³¹⁾ si la paciente acepta participar y da su consentimiento informado (Anexo 6,7), se le pide si puede completar el cuestionario ISA en una sala contigua a la del profesional en ausencia de su acompañante, para asegurar que esté cómoda y que su privacidad es respetada. En caso de que su acompañante no le permita realizar el test sola, la paciente quedará excluida. Este tipo de mujeres pueden ser las que con mayor frecuencia están siendo controladas o abusadas.^(5,25)

Mientras las pacientes rellenan el ISA, el médico anotará en el cuestionario dirigido al profesional (Anexo 3) los indicadores de sospecha que ha detectado. Después ambas copias se emparejan y todos los datos se recogerán en una base de datos electrónica diseñada para el proyecto con introducción remota desde cada centro. Más detallado en Anexo 5.

ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Se llevará a cabo mediante el programa informático STATA v 15.1.

Para el análisis descriptivo de la muestra se calcularán los porcentajes muestrales de prevalencia para las variables cualitativas. Para las variables cuantitativas se utilizará la media como medida de tendencia central y la desviación estándar como medida de dispersión. Posteriormente se estimarán los IC esperables para las variables de estudio en la población objetivo.

En cuanto al análisis inferencial las variables categóricas se expresaran en porcentajes y se compararan mediante la prueba de χ^2 (Chi cuadrado). Las variables cuantitativas se analizarán utilizando el test de “t” de Student. Las variables ordinales se estudiarán con test no paramétricos para variables ordinales (U Mann-Whitney).

En cualquiera de las estadísticas realizadas se tomará como límite de significación estadística un riesgo α del 5% ($\alpha = 0.05$) con un intervalo de confianza (IC) del 95% y una potencia estadística del 80% ($\beta = 0.20$).

Para conocer más a fondo las posibles diferencias interobservadores se llevará a cabo un análisis por subgrupos según el género y edad de los profesionales colaboradores con el objetivo de detectar las diferencias a la hora de identificar indicadores y la capacidad de crearse sospechas ante mujeres maltratadas.

VARIABLES

- Variable principal: Presencia de maltrato sí o no. De tipo cualitativa dicotómica. Evaluada a partir del test ISA por parte de la mujer.
- Variables secundarias:
 - o Presencia de los indicadores de sospecha si/no, de tipo cualitativa dicotómica y evaluado por el profesional médico.
 - o Variables sociodemográficas de la paciente:^(7,26)
 - Nacionalidad: Española si / no. Variable cualitativa dicotómica.
 - Edad paciente: (16-18), (18-24), (24-30), (30-40), (40-50), (50-60), (60-70), (>70). Variable cuantitativa transformada en rangos a variable cualitativa ordinal.
 - Nivel educativo: Ninguno, Enseñanza obligatoria, Bachillerato Universitaria, formación profesional. Variable cualitativa ordinal.
 - Situación de pareja: Convive con su pareja, No convive con su pareja, Sin pareja. Variable cualitativa nominal.
 - Distrito de residencia: Variable cualitativa nominal.
 - Número de hijos: Cero, Uno, Dos o más. Variable cualitativa ordinal.
 - Estado laboral: Desempleada, Estudiante, Empleada, Ama de casa, Jubilada. Variable cualitativa nominal.
 - Ingresos por parte de ella: (0), (<499), (>500, <999€), (>1000€, <1499), (>1500, <1999), (>2000). Variable cualitativa ordinal.
 - o Variables sociodemográficas del profesional:
 - Género del profesional: hombre/mujer. Variable cualitativa dicotómica de estratificación.

- Edad profesional: (24-30), (30-40), (40-50), (50-60), (>60). Variable cualitativa ordinal.
- Consulta atención primaria (rutina/urgencias) o urgencias hospitalarias, es una variable cualitativa nominal de estratificación.
- Entrevista sospechosa si/no, de tipo cualitativa dicotómica.

PLAN DE TRABAJO – CRONOGRAMA

- 1. Revisión bibliográfica y diseño del estudio (4 meses – Junio a Septiembre 2019).** Investigación bibliográfica y selección de estudios y revisiones. Diseño del estudio, plan de trabajo y de análisis estadístico y consideraciones previas.
- 2. Presentación ante Comité Ético en Investigación Clínica (Octubre 2019).**
- 3. Inclusión de pacientes en el estudio y selección de los profesionales participantes (10 meses).** Inclusión de los pacientes y selección de los profesionales. Recogida de datos de forma continua durante el periodo establecido.
- 4. Análisis estadístico (4 meses).** Análisis de los datos recogidos, presentación en forma de gráficos e identificación de la significación estadística de cada variable. Aceptación/Rechazo de la hipótesis de trabajo. Redacción de los resultados.
- 5. Publicación (2 meses).** Presentación en formato de estudio clínico. Solicitar la publicación a revistas y presentación del trabajo en sesiones y congresos.

RESULTADOS ESPERADOS

Se esperan encontrar determinados indicadores cuya sensibilidad y especificidad para detectar VG sea mayor que la del resto, los cuales podrían resultar útiles para un posible screening basado en la detección de casos. Entre estos la categoría con mayor peso se espera que sea la que tiene en cuenta comportamientos de la pareja en consulta, también mujeres hiperfrecuentadoras, con reagudizaciones y aquellas que minimizan o presentan lesiones sin justificación, así como mayor presencia de depresión y ansiedad;⁽²⁰⁾ antecedentes previos de VG también suponen un factor de riesgo, sobre todo si se

perpetuaron más de 5 años, debido a la supuesta gran vulnerabilidad emocional residual que no les permitiría salir de una nueva relación con maltrato.⁽²⁵⁾

Para poder validar una escala basada en indicadores deberían excluirse de la misma aquellos cuya capacidad discriminativa no alcanzase resultados significativos.⁽³¹⁾

Es esperable que los profesionales médicos de menor edad sean capaces de detectar mayor capacidad de ítems y de tener sospecha en la entrevista de pacientes que sufren maltrato. Debido en parte a que reciben una mayor formación del tema y las universidades actualmente enfocan la enfermedad también desde una perspectiva biopsicosocial. Al contrario que los profesionales de mayor edad que por lo general han tenido una formación más enfocada hacia el factor orgánico de la enfermedad. No obstante, es discutible ya que una mayor experiencia personal puede favorecer una correcta detección de VG. En cuanto al género del profesional, es posible que haya una mayor detección por parte de profesionales mujeres, ya que las posibles víctimas podrían encontrarse más cómodas ante ellas facilitando así una mejor comunicación.

Se espera conocer las características demográficas de la VG en la ciudad de Barcelona, es probable que haya mayor número de maltratadas en aquellas mujeres no españolas.⁽¹⁰⁾ Mujeres mayores (>60 años) pueden presentar mayor vulnerabilidad al maltrato y aquellas en situación de exclusión social (analfabetismo, escasa cualificación laboral, precariedad en la vivienda...)⁽¹¹⁾ De acuerdo a los datos, se registrarán más casos de VG en aquellos CAPs en zonas de mayor prevalencia (como Ciutat Vella),⁽²⁴⁾ también como sugieren estudios previos será más frecuente la detección en AP que en URG.⁽¹⁶⁾

APLICABILIDAD Y LIMITACIONES

Tras la revisión de la bibliografía existente queda patente que es necesario mayor implicación científica en el campo de la VG y potenciar los estudios dirigidos a ella. Reflejo de ello es la dificultad para establecer la prevalencia actual de VG en España, ya que si nos basamos en denuncias por VG del 2017, la prevalencia estimada es del 0.8% en la población.⁽³²⁾ No obstante es bien sabido, y es un hecho contrastado que la víctima de

VG no denuncia la mayoría de los maltratos que sufre, por ejemplo en 2010 solo un 30,1% de mujeres maltratadas denunciaron a su agresor.⁽³³⁾ Otro ejemplo es que de la revisión Cochrane de 2013 sobre el screening en VG se concluye que no hay evidencia suficiente para justificar un cribado universal, y que estudios que comparen este cribado versus la búsqueda activa de casos (pacientes con presencia de indicadores) son necesarios para mejorar futuras políticas sanitarias.⁽³⁴⁾ Por lo tanto diseños como el propuesto pueden ser útiles a la hora de seleccionar indicadores útiles en esta búsqueda activa.

Respecto al cuestionario dirigido a los profesionales, en el pueden encontrarse ítems que resulten subjetivos y no todos los profesionales los entiendan y sepan identificarlos de la misma manera, así como el nivel de sospecha creado en cada profesional. Otra limitación es la pérdida de la información que pudo ser aportada por aquellas mujeres cuyos acompañantes no les dejaron realizar el cuestionario en intimidad. No obteniendo datos de mujeres que probablemente sufriesen algún tipo de maltrato.⁽⁵⁾

Este estudio presenta los sesgos típicos de cuestionarios autoimplementados y ciertos datos podrían haber sido clasificados erróneamente.⁽⁵⁾ Otro posible sesgo que ha podido influenciar el estudio es el derivado de la imposibilidad de realizar un enmascaramiento en los profesionales, dado que si de antemano conocen que están buscando indicadores de VG puede haber una mayor predisposición a su detección en comparación con la práctica clínica diaria. Es por esto que al final del cuestionario se les pide el nivel de sospecha que ha generado la consulta, para comprobar que realmente detectaban esos indicadores pensando en VG y no en otras patologías.

Finalmente una limitación en cuanto a la posible aplicabilidad de estos indicadores es que hay una gran cantidad de ellos, por lo que podría resultar útil la confección de una escala reducida a partir de aquellos que resulten más óptimos para la predicción de la VG. Una vez validada esta escala reducida podría implantarse en los servicios de AP y urgencias.

PLAN DE DIFUSIÓN

Para difundir los resultados, el promotor se compromete a publicar los datos, sean cuales sean los resultados. Del mismo modo, se podrían realizar ponencias en congresos científicos multidisciplinarios, aunque sobre todo en aquellos dirigidos a atención primaria y congresos de urgencias. También realizar sesiones formativas a los profesionales implicados y hacer difusión a través de webs como la del Ministerio de sanidad, fomento e igualdad, la del Observatorio de la Mujer, el Instituto de la Mujer, la sociedad española de médicos de AP o la “Societat Catalana de Medicina Familiar i Comunitaria”, y elaborar nuevos protocolos intra e interhospitalarios para mejorar la detección precoz de la VG.

BIBLIOGRAFÍA

1. Lorente Acosta M. Medicina legal y forense y violencia de género. Rev Española Med Leg. 2010 Sep;36(3):91–2.
2. Definición de Violencia de Género. 2004;
3. Lorente Acosta M. Violencia y maltrato de género (I): aspectos generales desde la perspectiva sanitaria. Emergencias Rev la Soc Española Med Urgencias y Emergencias. 2008;20(3):191–7.
4. Informe violencia de género 2005. 2005.
5. Ruiz-Pérez I, Plazaola-Castaño J, Del Río-Lozano M. Physical health consequences of intimate partner violence in Spanish women. Eur J Public Health. 2007;17(5):437–43.
6. De Miguel V. Macroencuesta de violencia contra la mujer 2015. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. 2015.
7. Majdalani MP, Alemán M, Fayanás R, Guedes A, Mejía RM. Validación de un cuestionario breve para detectar situaciones de violencia de género en las consultas clínicas. Rev Panam Salud Pública. 2005;17(2):79–83.
8. Rojas Loría K, Gutiérrez Rosado T, Alvarado R, Fernández Sánchez A. Actitud hacia la violencia de género de los profesionales de Atención Primaria: estudio comparativo entre Cataluña y Costa Rica. Aten Primaria. 2015;47(8):490–7.
9. Guia d'actuació a l'hospital de la Santa Creu i Sant Pau enfront dels maltractaments. 2014;17–24.

10. Trias Capella ME, Martin-Fumadó C, Taranilla Castro AM, Trias Capella R, Bernal Martí X, Rebollo-Soria MC. Estudio descriptivo de la violencia de género: análisis de 404 casos. *Rev Esp Med Leg.* 2013;39(1):7–11.
11. Protocolo común para la actuación sanitaria ante la Violencia de Género. 2012. 2012;
12. Informe del Primer Año de Ejecución del Plan Nacional de Sensibilización y Prevención de la Violencia de Género. 2007.
13. Minguito LG. Estudio médico-forense de la violencia de género: Análisis de la calidad de los partes de lesiones. Universidad complutense de Madrid. Facultad de medicina; 2010.
14. Álvarez López E, Brito C, Karin A, Andrés-Pueyo A. Detección de la violencia contra la pareja por profesionales de la salud. *Anu Psicol jurídica.* 2010;20:31–41.
15. Castillo RS, Perea-Milla E, López JLA, Huertas C, Agüera U, Gallo AR, et al. Violencia doméstica y profesionales sanitarios: conocimientos, opiniones y barreras para la infradetección. *emergencias Ctra Nac.* 2002;14187(340):224–32.
16. Sans M, Sellarés J. Detección de la violencia de género en atención primaria. *Rev Esp Med Leg.* 2010;36(3):104–9.
17. Muelleman RL, Lenaghan PA, Pakieser RA. Battered women: Injury locations and types. *Ann Emerg Med.* 1996;28(5):486–92.
18. Wadman MC, Muelleman RL. Domestic violence homicides: ED use before victimization. *Am J Emerg Med.* 1999;17(7):689–91.

19. Fernández Alonso M del C, Herrero Velázquez S. De la evidencia científica a la práctica clínica. Prevención primaria y secundaria de la violencia doméstica. J Eng Manuf. 2013;(I):5–9.
20. SALVADOR SÁNCHEZ, L, RIVAS VILAS M, SÁNCHEZ RAMÓN S. Violencia y maltrato de género (y III). Nociones prácticas\ para su detección precoz y abordaje integral en urgencias\ n. Emergencias. 2008;20(y III):343–52.
21. Director TD, Linden JA. Domestic violence: an approach to identification and intervention. Emerg Med Clin North Am. 2004 Nov;22(4):1117–32.
22. Chen P, Rovi S, Wasington J, Jacobs A, Vega M, Pan K, et al. Randomized Comparison of 3 Methods to Screen for Domestic Violence in Family Practice. Ann Fam Med. 2007;5:430–5.
23. Domínguez Fernández M, Martínez Silva IM, Vázquez-Portomeñe F, Rodríguez Calvo MS. Características y consecuencias de la violencia de género: estudio de casos confirmados por sentencia judicial. Rev Española Med Leg. 2017 Jul;43(3):115–22.
24. Enquesta de Violència Masclista a Catalunya . Ajunt Barcelona. 2018;18.
25. Isabel R-P, Juncal P-C, Pilar B-P, Juana María G-B, Pilar A-M, María Isabel M-P. La violencia contra la mujer en la pareja: Un estudio en el ámbito de la atención primaria. Gac Sanit. 2006;20(3):202–8.
26. Torres A, Navarro P, García-Esteve L, Tarragona MJ, Ascaso C, Herreras Z, et al. Detecting domestic violence: Spanish external validation of the index of spouse abuse. J Fam Violence. 2010;25(3):275–86.

27. Plazaola-Castaño J, Ruiz-Pérez I, Escribà-Agüir V, Jiménez-Martín JM, Hernández-Torres E. Validation of the Spanish version of the Index of Spouse Abuse. *J Women's Heal.* 2009;18(4):499–506.
28. Stephanie A. Eisenstat, M.D., Lundy Bancroft BA. Domestic Violence. *N Engl J Med.* 1999;341-:886–92.
29. Jane T. Carswell. American Medical Association Diagnostic and Treatment Guidelines on Domestic Violence Substance Use in Rural Midwestern. *Arch Fam Med.* 1992;
30. Comisión Contra la Violencia de Género del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud. Informe anual violencia de género 2017. 2017.
31. Delgado A, Aguar M, Castellano M, Luna Del Castillo JDD. Validación de una escala para la medición de los malos tratos a mujeres. *Aten Primaria.* 2006;38(2):82–9.
32. Boletín estadístico mensual. Noviembre. 2018;
33. Ministerio de sanidad servicios sociales e igualdad. IV informe anual del observatorio estatal de violencia sobre la mujer. 2011;
34. Taft A, O'Doherty L, Hegarty K, Ramsay J, Davidson L, Feder G. Screening women for intimate partner violence in healthcare settings. In: Taft A, editor. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd; 2013.

ANEXO

Anexo 1a: Spanish version of Index of Spouse Abuse

Este cuestionario ha sido diseñado para valorar aspectos negativos en el trato que Ud, recibe en su relación de pareja, No se trata de un examen, no hay respuestas verdaderas o falsas. Conteste cuidadosamente a cada afirmación marcando con una "X" la respuesta elegida:

Mi pareja:	Nunca	Raras veces	De vez en cuando	Frecuente	Muy frecuente
1. Me menosprecia					
2. Exige obediencia a sus caprichos					
3. Se pone de mal humor y se enfada si le digo que ha bebido demasiado					
4. Me obliga a tener relaciones sexuales que me desagradan					
5. Se enfada mucho si no tiene la comida, las tareas domésticas o la ropa lista cuando él quiere					
6. Es celoso y desconfía de mis amigos					
7. Me da puñetazos					
8. Me dice que soy fea y poco atractiva					
9. Me dice que no puedo apañarme o arreglarme sin él					
10. Se comporta como si yo fuera su sirvienta					
11. Me insulta y me avergüenza delante de los demás					
12. Se enfada mucho si no le doy la razón					
13. Me amenaza con un arma					
14. Es tacaño en darme dinero para la casa					
15. Me subestima intelectualmente					
16. Quiere que me quede en casa para cuidar de los hijos					
17. Me pega tan fuerte que tengo que ir a Urgencias					
18. Piensa que no debo trabajar o estudiar					
19. Es una persona poco amable					
20. Pone pegas a que me relacione con mis amigas					
21. Exige sexo sin importarle mi consentimiento					
22. Me grita y me insulta					
23. Me golpea en la cara y en la cabeza					
24. Se vuelve agresivo cuando bebe					
25. Siempre está mandándome					
26. Desprecia mis sentimientos					
27. Se comporta conmigo como un matón					
28. Me amenaza					
29. Me trata como si fuese una burra o imbécil					
30. Se comporta como si quisiera matarme					

Anexo 1b: Procedimiento de puntuación del ISA.

a) Puntuación ISA global:

1. Calcular el producto (P) multiplicando la puntuación en el ítem (I) por el peso del ítem (W): $P = (I)(W)$.
2. Calcular la mínima puntuación total posible (MIN) sumando todos los pesos de los ítems: $MIN = \Sigma W$.
3. Calcular la puntuación de ISA global (S): $S = (\Sigma P - MIN)(100) / [(MIN)(4)]$.

b) Puntuación ISA-P:

1. Calcular el producto (P) multiplicando cada puntuación en los ítems físicos (I) por el peso del ítem (W): $P = (I)(W)$ (ítems 3,7,13,17,23,24,30).
2. Calcular la puntuación de ISA-P: $ISA-P = (\Sigma P / 576 - 1) * 25$

c) Puntuación ISA-NP:

1. Calcular el producto (P) multiplicando cada ítem no físico (I) por el peso del ítem (W): $P = (I)(W)$ (ítems 1,2,4,5,6,8,9,10,11,12,14,15,16,18–22, 25–29).
2. Calcular la puntuación ISA-NP: $ISA-NP = (\Sigma P / 1241 - 1) * 25$.

EVALUACIÓN DE LAS CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS

Rodee con un círculo aquella respuesta que más se adecúa a sus características personales.

1. Edad:

(16 - <18) (>18 - <24) (>24 - <30) (>30 - <40) (>40 - <50)
(>50 - <60) (>60 - <70) (>70)

2. Nacionalidad española:

Sí No

3. Distrito de residencia:

Ciutat Vella Sant Martí Sants-Montjuïc Otro (indique cual): _____

4. Situación de pareja:

Convivo con mi pareja hombre
No convivo con mi pareja hombre
Sin pareja

5. Número de hijos:

0
1
2 o más

6. Nivel educativo:

Sin estudios	Universitarios
Enseñanza obligatoria	Formación profesional
Bachillerato	

7. Estado laboral:

Desempleada	Ama de casa
Estudiante	Jubilada
Empleada	

8. Ingresos aportados al hogar por su parte

(No ingresos)	(>1000€ - < 1499€)
(<499€)	(>1500€ - < 1999€)
(>500€ - <999€)	(>2000€)

EVALUACIÓN DE LOS INDICADORES DE SOSPECHA MENORES

Edad profesional: _____

Sexo del profesional: _____

Nombre centro: _____

CONTEXTO CONSULTA CLÍNICA

Distrito: _____

Tipo de consulta: Rutinaria / Urgencias

Marque con una X los indicadores que ha detectado durante el transcurso de la consulta. Siendo Sí lo he identificado y No, no lo he identificado. Los indicadores que no marque no podrán ser evaluados.

1. Actitud de la paciente durante la entrevista		
	Sí	No
Temerosa		
Evasiva		
Incómoda		
Nerviosa		
Se altera ante ruidos, interrupciones en consulta		
Triste		
Desmotivada		
Desilusionada		
Desesperanzada		
Baja autoestima		
Sentimientos de culpa		
Ansiedad o angustia		
Irritabilidad		
Sentimientos de vergüenza		
Retraimiento		
Comunicación difícil (no por barrera idiomática)		

Evita mirar a la cara		
Vestimenta que puede indicar la intención de ocultar lesiones		
Justifica sus lesiones		
Le quita importancia a sus lesiones		
Falta de cuidado personal		
Durante el embarazo poco o ningún interés en asistir a las clases de preparación		
Temerosa en las respuestas si su pareja está presente		
Busca constantemente la aprobación de su pareja		

2. Actitud del acompañante durante la entrevista		
	Sí	No
Acude acompañada		
Controlador, siempre contesta él		
Despreocupado		
Despectivo		
Banaliza los hechos		
Excesivamente preocupado		
Pone a la mujer en evidencia criticando su forma de hacer las cosas		
Actitud paternalista		
Solicita e intenta acceder al historial clínico de ella		
Solicita estar presente en toda la visita		
Se muestra colérico u hostil hacia el profesional		
Sentimientos de vergüenza		
Los hijos de la víctima pueden presentar retraso en el desarrollo evolutivo		
Hijos con problemas psicosomáticos de repetición		
Hijos con accidentes frecuentes		
Hijos con alteraciones del comportamiento		
Hijos con trastornos de la alimentación		
Hijos con trastornos del sueño		

Hijos con problemas de control de esfínteres		
Hijos con problemas escolares		

3. Motivo de consulta		
	Sí	No
Retraso en la demanda de asistencia		
Fin de semana		
Antecedentes personales de haber sufrido malos tratos		
Antecedentes personales de haber presenciado malos tratos		
Antecedentes personales de lesiones frecuentes		
Antecedentes personales de abuso de alcohol u otras sustancias		
Antecedentes personales de abuso de medicamentos		
Características de las lesiones físicas e incongruencias con la explicación		
Cefalea		
Cervicalgia		
Dolor crónico en general		
Mareos		
Molestias gastrointestinales		
Molestias pélvicas		
Dificultades respiratorias		
Muchos embarazos no deseados		
Muchos embarazos deseados		
Muchos embarazos no aceptados		
Lesiones genitales		
Lesiones en abdomen		
Lesiones en mamas		
Dispaurenia		
Infecciones ginecológicas de repetición		
Anorgasmia		

Dismenorrea		
Abortos de repetición		
Retraso en la atención prenatal		
Falta de control obstétrico		
Inicio tardío de las visitas de control prenatal		
Consulta frecuente por disminución de la percepción del movimiento del feto		
Lesiones sin justificación o minimización de la importancia		
Embarazo en la adolescencia		
Desgarros o dehiscencias de la episiotomía durante el puerperio		
Mala o lenta recuperación durante el puerperio		
Petición de anticoncepción lo antes posible para reiniciar relaciones sexuales		
Hipogalactia y/o fracaso lactancia materna		
Depresión postparto que no remite		
Ansiedad relación madre/bebé		
Retraso en la visita neonatal		
Insomnio		
Depresión		
Ansiedad		
Trastorno de estrés postraumático		
Intentos de suicidio		
Labilidad emocional		
Agotamiento psíquico		
Trastornos de la conducta alimentaria		
Reagudizaciones de enfermedades crónicas		
Alternancia entre periodos de hiperfrecuentación y otros de abandono		
Incumplimiento de citas		
Incumplimiento de tratamientos		
Uso repetitivo de los servicios de urgencias		
Hospitalizaciones frecuentes		

Acudir con la pareja cuando antes no lo hacía		
---	--	--

4. Situaciones de mayor vulnerabilidad y dependencia		
	Sí	No
Embarazo		
Puerperio		
Noviazgo		
Separación		
Jubilación propia		
Jubilación de la pareja		
Fallecimientos		
Infección por VIH		
Pareja alcohólica o consumidora de otras drogas		
Aislamiento familiar o social		
Hijos a su cargo		
Migración		
Enfermedad discapacitante		
Dependencia física		
Dependencia económica		
Dificultades laborales o desempleo		
Dificultades de formación		
Ausencia de habilidades sociales		
Prostitución		
Indigencia		
Drogadicción		
Prisión		

A continuación, teniendo en cuenta los indicadores detectados y el conjunto global de la entrevista, marque con una X si para usted esta consulta clínica ha levantado sospechas en relación a la violencia de género.

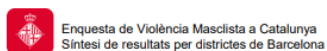
☐

Sí sospecha

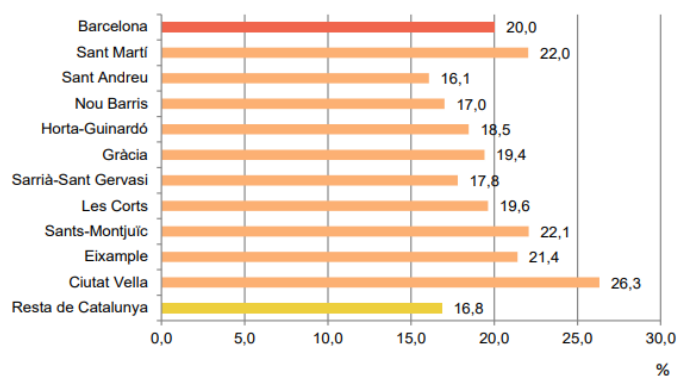
☐

No sospecha

Anexo 4: Prevalencia de la violencia de género entre mujeres de 16 años y más en el último año (2016) en la ciudad de Barcelona.⁽²⁴⁾



VM PER PART DE NO PARELLES, PARELLES I EXPARELLES - 2016



Totes les dones
Barcelona 4.075
Reste de Catalunya 5.502

18



Anexo 5: Plan de trabajo

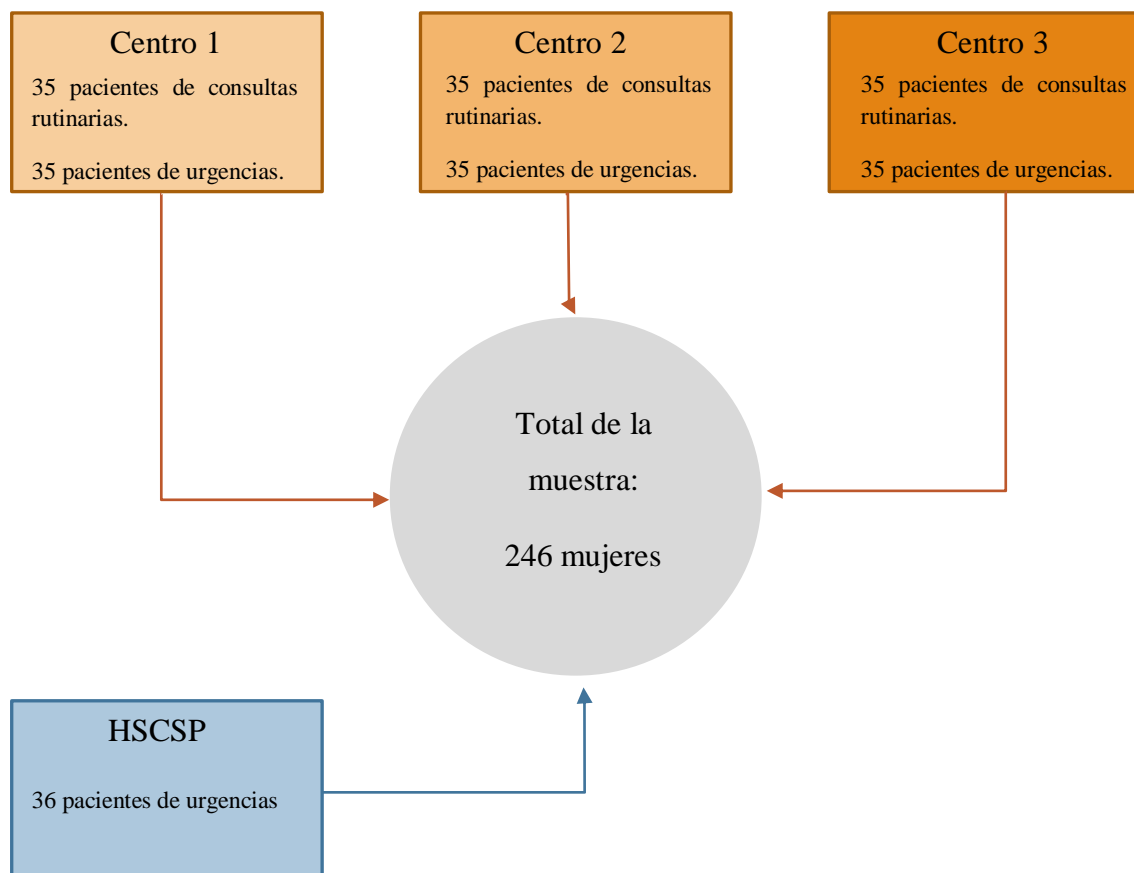
Equipo investigador: En cada centro se requerirá como mínimo:

- 3 doctores de género masculino en cada centro de atención primaria.
- 3 doctoras de género femenino en cada centro de atención primaria.
- 2 doctores de género masculino en urgencias del HSCSP.
- 2 doctoras de género femenino en urgencias del HSCSP.

La selección del equipo se llevará a cabo de manera aleatorizada a partir de la plantilla laboral de los centros colaboradores.

Reclutamiento de pacientes: La muestra obtenida ha de ser de 246 mujeres. A cada centro se le exigirá:

- 35 pacientes en consultas de urgencias de atención primaria.
- 35 pacientes en consultas rutinarias de atención primaria.
- 36 pacientes en urgencias del HSCSP.



Circuito de inclusión de pacientes:

En los centros vinculados al estudio se ha previsto:

1. Identificación de los casos: La identificación de las pacientes susceptibles a ser incluidas en el estudio será llevado a cabo por los profesionales médicos de atención primaria y de urgencias que formen parte del proyecto. Previamente al inicio de la selección de casos se realizará una sesión formativa en cada centro con los investigadores implicados orientada a explicar el estudio (centrándose sobre todo en los criterios de inclusión y exclusión, así como en el plan de trabajo y los aspectos relacionados con la confidencialidad de la paciente).
2. Inclusión de las pacientes: La inclusión solo podrá ser realizada por los doctores y doctoras inscritos como investigadores colaboradores del proyecto. Para cubrir las 24 horas del día se seguirá la siguiente distribución:
 - a. Centro de AP:
 - i. De 8h a 20h: La inclusión en consultas rutinarias y de urgencias dependerán de los profesionales adscritos al estudio.
 - b. Urgencias de HSCSP:
 - i. De 8h a 17h: La inclusión de pacientes dependerá del profesional médico de urgencias vinculado al proyecto.
 - ii. De 17h a 8h: La inclusión de pacientes dependerá del médico de guardia en urgencias colaborador del estudio.
3. Procedimiento: Al finalizar la entrevista clínica se le pide a la paciente si desea participar en un estudio “sobre la salud de la mujer”. Si la paciente acepta participar y da su consentimiento informado, se le pide si puede completar un cuestionario en una sala contigua sin la presencia de su acompañante (tenga el parentesco que tenga, sea hombre o mujer). Se le informa que con eso se pretende respetar su privacidad y que esté cómoda para responder al cuestionario. Si acepta y su acompañante no se lo impide, se le entregará en un sobre el cuestionario ISA y el cuestionario sociodemográfico y se le pide que una vez rellenado nos entregue

el sobre cerrado con los cuestionarios dentro. Con ello le aseguramos que en ningún momento conoceremos sus respuestas.

En el caso de que el acompañante no le permita realizar el test sola, se le comentará que no podrá participar en el estudio ya que es un criterio de inclusión imprescindible. No obstante se le informará que quedará recogido que ella quiso participar, pero su acompañante no permitió que pudiese realizar el test sola.

En todo momento se le asegura que su participación será confidencial y anónima, y no podrán ser identificadas de ningún modo por nadie.

Mientras las pacientes rellenan sus documentos, el profesional médico anotará en el cuestionario dirigido al profesional los indicadores de sospecha que ha detectado. Cuando la paciente finalice y vuelva a la consulta con su sobre cerrado, este se emparejará con el cuestionario rellenado por el profesional y todos los datos se recogerán, una vez completada la muestra requerida, en una base de datos diseñada específicamente para el proyecto con introducción remota desde cada centro participante.

Anexo 6. Hoja de información al paciente

Indicadores de sospecha en violencia de género

Centro coordinador del Estudio: Hospital de la Santa Creu i Sant Pau

Versión Junio 2019

Nos dirigimos a usted para informarle sobre un estudio de investigación en el que se le invita a participar. Nuestra intención es que usted reciba la información correcta y suficiente para evaluar y juzgar si quiere o no participar en este estudio. Para ello lea esta hoja informativa con atención y nosotros le aclararemos las dudas que le puedan surgir después de la explicación. Además, puede consultar con las personas que considere oportunas.

El estudio ha sido aprobado por el Comité Ético de Investigación Clínica correspondiente, de acuerdo a la legislación vigente, el Real Decreto 1090/2015, de 24 de diciembre, por el que se regulan los estudios de investigación.

¿Qué es la violencia de género?

La violencia de género es aquella que se ejerce sobre las mujeres por parte de quienes estén o hayan estado ligados a ellas por relaciones de afectividad (parejas o ex-parejas). El objetivo del agresor es producir daño y conseguir el control sobre la mujer, por lo que se produce de manera continuada en el tiempo y sistemática en la forma. Que tenga o pueda tener como resultado un daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico para la mujer, así como las amenazas de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de la libertad, tanto si se producen en la vida pública como en la vida privada.

¿Por qué es importante realizar este estudio?

Se ha observado que hay un mayor uso de los recursos sanitarios por parte de las mujeres que sufren maltrato. Es por esto mismo que los profesionales sanitarios deben recibir formación y disponer de herramientas que permitan una detección precoz de la violencia de género. La finalidad de este estudio es analizar si existe una relación entre determinados indicadores de sospecha y el maltrato a la mujer. Si finalmente se consiguen obtener unos indicadores fiables y objetivos, menos casos de violencia de género pasarán desapercibidos en las consultas sanitarias.

¿En qué consistirá mi participación?

Usted debe rellenar un cuestionario dirigido a detectar si usted está sufriendo o no violencia de género (de tipo física o no física). Por otra parte, si acepta participar, el profesional médico que la ha atendido anotará en otro cuestionario los indicadores de sospecha que ha detectado durante la entrevista clínica. Se mantendrá su confidencialidad en todo momento y su profesional médico no conocerá las respuestas a su cuestionario.

¿Cuáles son los riesgos y beneficios del estudio?

Por su participación en este estudio no obtendrá beneficios concretos inmediatos, pero los datos que se pueden adquirir con la participación de pacientes como usted puede generar nuevos conocimientos y posibles mejoras en el tratamiento y la detección de la violencia de género. La participación en este estudio no implica ningún riesgo adicional para usted.

CONFIDENCIALIDAD

Si usted se compromete a participar en este estudio su nombre no será registrado, ni ningún otro identificativo (DNI, Número seguridad social...), de modo que nadie sabrá que la información se refiere a usted y no se podrá averiguar su identidad.

El tratamiento, la comunicación y la cesión de los datos de carácter personal de todos los sujetos participantes se ajustará a las disposiciones de la Ley Orgánica 3/2018, del 5 de diciembre, de protección de datos de carácter personal y garantía de los derechos digitales y el reglamento (EU) general de protección de datos 2016/679.

De acuerdo a lo que establece la legislación mencionada, usted puede ejercer los derechos de acceso, modificación, oposición y cancelación de datos, para lo cual deberá dirigirse a su médico del estudio.

COMPENSACIÓN POR SU PARTICIPACIÓN EN EL ESTUDIO

No se ofrecerá ninguna compensación económica por participar en el estudio, pero su participación tampoco le supondrá a usted ningún coste añadido.

SEGURO

Al tratarse de un estudio observacional y no de intervención no se precisa ningún tipo de póliza de seguros para cubrir daños y perjuicios.

Al firmar la hoja de consentimiento adjunta, se compromete a cumplir con los procedimientos del estudio que se le han expuesto.

El responsable del estudio en su hospital es el Dr/Dra _____ (teléfono_____).

Estará a su disposición para cualquier duda o aclaración que usted quiera plantearle acerca de su participación en el estudio. Si acepta participar, por favor, firme la hoja de consentimiento adjunta. Usted se quedará una copia del consentimiento informado firmado.

Muchas gracias por molestarse en leer esta hoja de información.

Anexo 7. Consentimiento informado

Título del estudio: Indicadores de sospecha en la violencia de género.

Yo (nombre y apellidos)

.....

He leído la hoja de información que se me ha entregado.

He podido hacer preguntas sobre el estudio y el profesional ha respondido a todas mis preguntas.

He recibido suficiente información sobre el estudio y he tenido tiempo suficiente para considerar mi participación.

He hablado con: (Nombre del investigador)

Comprendo que mi participación es voluntaria.

Comprendo que puedo retirarme del estudio:

1. Cuando quiera.
2. Sin tener que dar explicaciones.
3. Sin que esto repercuta en mis cuidados médicos.

Presto libremente mi conformidad para participar en el estudio y doy mi consentimiento para el acceso y utilización de mis datos en las condiciones detalladas en la hoja de información.

Se mantendrá la confidencialidad de los datos facilitados y no se utilizarán en las publicaciones mi nombre ni otras características identificativas.

SI [] NO []

Firma del paciente:

Firma del investigador:

Nombre:

Nombre:

Fecha:

Fecha: